Deutscher Bundestag **Drucksache 19/6417**

19. Wahlperiode 11.12.2018

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Jens Beeck, Nicola Beer, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Dr. Marco Buschmann, Bijan Djir-Sarai, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Otto Fricke, Thomas Hacker, Katrin Helling-Plahr, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Katja Hessel, Dr. Gero Hocker, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Dr. Christian Jung, Thomas L. Kemmerich, Pascal Kober, Carina Konrad, Konstantin Kuhle, Ulrich Lechte, Michael Link, Till Mansmann, Roman Müller-Böhm, Frank Müller-Rosentritt, Dr. Martin Neumann, Hagen Reinhold, Bernd Reuther, Dr. Wieland Schinnenburg, Matthias Seestern-Pauly, Frank Sitta, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Benjamin Strasser, Katja Suding, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Dr. Florian Toncar, Gerald Ullrich, Sandra Weeser, Nicole Westig und der Fraktion der FDP

Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest**:**

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bilden das Rückgrat einer wohnortnahen und hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung in unserem Land. Doch wir erleben Veränderungen. Die Krankheitslast steigt. Besonders die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen erfordern eine Stärkung des Angebots in der ambulanten Versorgung. In einigen Regionen Deutschlands haben wir jedoch bereits heute einen Mangel – sowohl bei den Haus- wie auch bei den Fachärzten.

Obwohl es in Deutschland immer mehr Ärztinnen und Ärzte gibt (vgl. https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/), stagnieren die Zahlen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Im hausärztlichen Versorgungsbereich gehen sie sogar zurück. Auch die Überalterung der Ärzteschaft ist kaum noch zu übersehen. So ist das Durchschnittsalter in der vertragsärztlichen Versorgung von rund 51,6 (2008) auf 54,1 (2017) Jahre gestiegen. Gerade bei den Hausärzten ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 34,1 Prozent besonders hoch (vgl. http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php). Zusätzlich sinken aufgrund der verstärkt gewünschten Vereinbarkeit von Familie und Beruf die pro Ärztin oder Arzt erbrachten Versorgungsanteile, wie der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Prof. Josef Hecken im Oktober 2018 bei der Vorstellung des Bedarfsplanungsgutachtens feststellte (vgl. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4675/2018-10-15_Vorstellung-Gutachten-BPL_Hecken.pdf).

Das Gutachten (vgl. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwickklung-Bedarfsplanung.pdf), hatte der G-BA in Auftrag gegeben, um der Vorgabe des Gesetzgebers im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nachzukommen, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu überarbeiten. Es liegt seit dem Herbst 2018 vor. Darin schlagen die Gutachter neue Verhältniszahlen und eine Berücksichtigung von Mitversorgereffekten vor. Insgesamt soll die Planung kleinräumiger werden.

Das Ziel der seit 1995 gültigen Bedarfsplanung nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) war die Verhinderung des Arztzahlzuwachses. In den neunziger Jahren gab es aufgrund der damals diskutierten „Ärzteschwemme“ die Sorge, dass es zu einem ruinöseren Wettbewerb zwischen den Ärzten um die Patienten kommen könnte. Heute stellt sich die Situation in vielen Regionen gegenteilig dar. Der Ärztemangel wird erwartet oder besteht bereits. Dieser Mangel wird sich trotz der bestehenden Bedarfsplanung in den nächsten Jahren weiter verschärfen.

Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das, dass sie entweder gar keinen Arzttermin bekommen oder sehr lange auf einen warten müssen. Das betrifft inzwischen fast alle Arztgruppen, insbesondere aber Kinder- und Jugendärzte oder Psychotherapeuten. In einigen Regionen Ostdeutschlands bilden sich lange Schlangen vor Augenarztpraxen (vgl. https://www.volksstimme.de/sachsen-anhalt/aerztemangel-harzer-stehen-schlange-beim-augenarzt). Diese Situation ist nicht länger hinnehmbar. Zu lange Wartezeiten verursachen neben individuellem Leiden auch hohe Kosten für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung durch lange Krankschreibungen unter Bezug von Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten. Aber auch die Ärztinnen und Ärzte sind zunehmend von der Situation überfordert, wenn sie den vielen Patientinnen und Patienten nicht helfen und sie nicht behandeln können.

Damit auch in Zukunft ausreichend Haus- und Fachärzte für die Patientinnen und Patienten da sind, müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Wir benötigen motivierten und gut ausgebildeten medizinischen Nachwuchs und in der ambulanten Versorgung Entbürokratisierung, leistungsgerechte Vergütung und flexible Niederlassungsmöglichkeiten.

So kann mit einer kleinteiligeren Bedarfsplanung genauer als heute die tatsächliche Versorgungssituation festgestellt werden. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zeigt bereits die Notwendigkeit von zusätzlichen Arztkapazitäten.

Mit einer Regionalisierung kann die Niederlassungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Deshalb sollen Zulassungsbeschränkungen nicht mehr automatisch bei einem Versorgungsgrad über 110 Prozent angeordnet werden, sondern die Niederlassungsfreiheit soll weiterhin als Regelfall bestehen bleiben. Nur wenn die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen bei einer Überversorgung negative Auswirkungen sehen, können sie Zulassungssperren verhängen.

Gleichzeitig sollen Strukturzuschläge eingeführt werden, um mit Vergütungsanreizen die Niederlassung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten attraktiver zu machen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein Gesetz vorzulegen, das Folgendes gewährleistet:

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie bis zum 1. Juli 2019 umzusetzen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. Gleichzeitig werden die Niederlassungssperren in regionale Verantwortung gegeben. Dazu werden die Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung nach § 103 SGB V in eine Kann-Regelung umgewandelt. Das bedeutet, dass Zulassungsbeschränkungen nicht mehr unmittelbar bei einem Versorgungsgrad über 110 Prozent erfolgen. Niederlassungsfreiheit soll der Regelfall sein. Es obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen bei festgestellter Überversorgung Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.
3. Die zuständigen Landesausschüsse entscheiden mit einfacher Stimmenmehrheit über die Einführung von Zulassungsbeschränkungen.
4. Die Regelungen zu zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf und Sonderbedarf bleiben bestehen.
5. Für ländliche und strukturschwache Gebiete wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Strukturzuschlag eingeführt.

Berlin, den 11. Dezember 2018

Christian Lindner und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.